

VDPP - *Rundbrief*

7. Jahrgang, Nr. 27 / Februar 1995

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

Verein demokratischer
Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten

Unsere Ziele:

- Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung
- Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf
- umsatzunabhängige Apotheken
- ökologische Kriterien bei der Arzneimittelproduktion
- verbraucherfreundliche Arzneimittelgesetzgebung

unabhängig -
überparteilich -
patientenorientiert



Inhalt

Thomas Hammer:
Grüßworte des Vorstands

Herbstseminar zum Thema
"Die Apotheke als Non-profit Betrieb"

Ingrid Schubert, Christa Augustin,
Udo Puteanus:

Termine

Who's who im VDPP

Dokumentation

Gesundheitswesen 2000; Stellungnahme
des DGB

Moral mit Hintertür -
und "Bioethik abgelehnt"
zur Bioethik-Konvention

Bhopal mahnt: Aufruf der
Coordination gegen Bayer-Gefahren

Beilagen

Stand der Positionierungsdebatte im VDPP

Einladung zur Mitgliederversammlung

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V.
Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer
Layout und Satz: Ulf H. Thomas
Adresse: Fleming-Apotheke, Grindelallee 182,
D-20144 Hamburg, Tel./Fax: 040/458768.
Bankverbindung: Postgiroamt Berlin,
BLZ 100 100 10, Kto. 200 47 - 105
Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind,
übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Editorial

3 Einem sehr dünnen Rundbrief möchte ich auch nur ein kurzes Editorial voranstellen.

Diese Ausgabe ist leider mit Verspätung erschienen, obwohl sie von geringerem Umfang als sonst ist.

Großen Anteil an der Verspätung haben einige Autoren, die uns lange vertrösteten und letztendlich dann doch die zugesagten Artikel zurückzogen.

Den Vorschlag, termingerecht den Rundbrief herauszubringen, auch wenn er nur aus 4 Seiten besteht (Inhalt, Grußwort, Termine, Adressen), haben wir wegen der zu hohen Portokosten verworfen.

Nun genug der Lamentiererei, wir von der Redaktion hoffen auf neuen Schwung durch die bevorstehende Mitgliederversammlung und den nahenden Frühling.

Artikel und Beiträge bitte bis zum 1.3.95 an:

Christa Augustin
Alsterdorfer Str. 18
22299 Hamburg
Tel. 040/476564

Berichtigung

In Ausgabe 26/94 muß es in dem Entwurf zur Selbstverpflichtung in § 5 **Information und Beratung** (auf Seite 7 unten rechts) heißen

2) Eine inhaltlich richtige und vollständige Information über die abgegebenen Arzneimittel ist dann gegeben, wenn die PatientInnen und KundInnen in die Lage versetzt werden, die in Anlage 1) gestellten Fragen zu den von Ihnen anzuwendenden Arzneimitteln richtig zu beantworten.

Der abgedruckte Absatz 2) ist dann Absatz Nummer 3)

Liebe Leserin, lieber Leser,

Der Zufall will es, daß ich wie im vergangenen Jahr die Grußworte des Vorstandes zum Jahreswechsel schreiben darf. Das mache ich in diesem Jahr eigentlich ganz gerne, denn meiner Meinung nach können der Vorstand und auch alle anderen Vereinsmitglieder mit verhaltenem Stolz auf die Arbeit der vergangenen zwölf Monate zurückblicken.

Nicht nur wegen des fünften Geburtstages des VDPP, der im Sommer in Hamburg angemessen gefeiert wurde, sondern auch wegen der Reise in die Niederlande, die allen, die daran teilgenommen haben, sicherlich in guter Erinnerung bleiben wird und dem "Frauseminar", einem Dauerbrenner in der Vereinsarbeit. Dann wegen der "ersten Treffen, in denen die Voraussetzungen für die Gründung eines "Netzwerk sozialer Apotheken" diskutiert wurden und auch wegen des Herbstseminars, das hoffentlich auch Denkanstöße hinsichtlich der "Positionierung" unseres Berufes geben konnte. Bei der Planung und Durchführung dieser Unternehmungen waren wir vom Vorstand auf die Initiative und Mithilfe einzelner Vereinsmitglieder angewiesen. Ihnen gebührt unser aller Dank! Denn auf diese Eigeninitiative ist der Vorstand auch in Zukunft angewiesen. Dadurch sollten sich auch diejenigen ermutigt fühlen, die jetzt noch in ihrem stillen Kämmerlein sitzen und sich sagen: "Eigentlich hätte ich mal Lust, diese oder jene Idee in die Tat umzusetzen."

Nun noch ein paar Worte zur Vorstandsarbeit: Während der nächsten Mitgliederversammlung in Leipzig wird es wieder Vorstandswahlen geben. Die meisten, die jetzt im Vorstand mitarbeiten, werden dann leider nicht mehr kandidieren. Aber was heißt hier leider?! Wird nicht dadurch ungefähr 150 Vereinsmitgliedern die Möglichkeit geboten, selbst zu kandidieren? Ich bitte Euch alle, nach der Lektüre des Rundbriefes einmal in aller Ruhe zu überlegen, ob es neben Familie und/oder Beruf nicht vielleicht doch noch andere Formen der sinnvollen Lebensgestaltung geben könnte (z.B. sich im Vorstand des VDPP aktiv für eine bessere (Arbeits-) Welt einzusetzen). Also: keine Atempause, Geschichte wird gemacht!

In diesem Sinne wünsche ich Euch auch im Namen der anderen Vorstandsmitglieder ein fröhliches, zufriedenes und gesundes 1995!

Thomas Hammer

**Ingrid Schubert,
Christa Augustin, Udo Puteanus**

Die Apotheke als Non-profit Betrieb?

VDPP- Herbstseminar

Auf den folgenden Seiten dokumentieren wir das diesjährige VDPP-Herbstseminar, das am 19.11.94 in Berlin mit dem Thema "Die Apotheke als "Non-profit Betrieb" stattfand. In ihrer Einleitung gibt Ingrid Schubert eine kurze Einschätzung der aktuellen Situation des Apothekenwesens sowie eine Definition des Begriffes "Non-profit". Anschließend folgt die Zusammenfassung des Vortrags von Hartmut Reiners, der einen Überblick über die vorangegangenen Gesundheitsreformen und eine Einschätzung der zu erwartenden Entwicklungen im Gesundheitswesen gab. Darauf folgt eine gekürzte Version des Vortrags von Gerard de Vries, der über seine Tätigkeit als Direktor der AZIVO-Krankenkassenapotheke in Den Haag berichtete. Bernd Rehberg und Dorothea Hofferberth referierten, wie sie sich eine mögliche Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse als selbständige/r bzw. angestellte/r ApothekerIn vorstellen könnten. Zum Schluß geben wir einen kurzen Überblick über die Abschlußdiskussion des Seminars.

Die Apotheke als "Non-profit-Betrieb?" war Thema des diesjährigen Herbstseminars, das am 19.11.1994 in Berlin stattfand. Die bestehende Verunsicherung in der Apothekerschaft über die berufliche Zukunft ist nicht zu leugnen. Von Seiten der ABDA wird versucht, wirtschaftliche Einbußen durch Marketing und Imagekampagnen zu kompensieren und berufspolitisch die bestehenden Strukturen zu erhalten. Ob diese auf die bisherigen Kostendämpfungsmaßnahmen zielenden Strategien auch adäquat für zukünftige Entwicklungen sind, die sich mit dem Stichwort "Wettbewerb" - und damit ist mehr gemeint als die Konkurrenz der Apotheken untereinander - nur umreißen lassen, ist ungewiß. Möglicherweise wird es zu einer deutlichen Segmentierung der Apothekerschaft kommen, die auch eine gemeinsame Interessenvertretung erschweren wird. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Apothekerschaft mit ihren Vorstellungen über neue Distributionsformen und ihrer deutlichen Aussage, nach kostengünstigeren Alternativen in der Arzneimittelversorgung zu suchen, aufgeschreckt. Der Berufsstand ist gezwungen, sich mit verschiedenen Modellen zur Arzneimittelversorgung auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang erhebt sich für den VDPP die Frage, welche Anforderungen an eine veränderte Betriebsform zu stellen sind, um eine den Prinzipien der rationalen Arzneimitteltherapie folgende Berufstätigkeit umsetzen zu können. Oder anders gefragt, welche Vor- und Nachteile sind bei nicht privatwirtschaftlicher Organisationsform für Apothekenleiter und Angestellte zu erwarten, wie wirkt sich eine veränderte Organisation der Apothekenpraxis auf die Arzneimittelversorgung der Patienten aus.

Non-profit - eine kurze Vorbemerkung

Der Terminus Non-profit wurde hier gewählt, um eine Organisationsform zu kennzeichnen, die nicht staatlich und nicht privatwirtschaftlich ist - man spricht hier auch vom dritten Sektor. In der deutschen Fachterminologie werden als Non-profit Organisationen primär Anbieter von Dienstleistungen ohne Erwerbszweck gefaßt - z.B. die gemeinnützigen Vereine, Stiftungen etc.

In der US-amerikanischen Literatur wird als konstitutives Merkmal der Non-profit-Organisation das freiwillige Engagement der Mitglieder bezeichnet - dies trifft ebenfalls auf die Vereinstätigkeit, den Selbsthilfebereich u.ä. zu (z.B. VDPP, Buko, HAI, Selbsthilfegruppen Umweltgruppen). Ein zweites Merkmal ist (häufig) die staatliche Unterstützung durch Subventionen - woraus auf ein staatliches Interesse an den Aufgaben, die die Einrichtung erfüllt, geschlossen werden kann.

Die Bezeichnung Non-profit-Unternehmen mag zunächst als Widerspruch anmuten. Der Unterschied zu einer For-profit Einrichtung liegt darin, daß auch eine Non-profit Einrichtung Gewinne erzielen kann, doch diese nur für die Organisationsinteressen ausgegeben werden können. In diesem Sinne könnte man diese Einrichtungen auch als not for profit - d.h. das primäre Interesse besteht nicht in der Gewinnmaximierung - bezeichnen. Dennoch müssen auch in diesen Einrichtungen die Ressourcen optimal eingesetzt und genutzt werden. Für Ökonomen ist interessant, nach welchen Prinzipien, da nicht nach der Gewinnmaximierung, Non-profit Einrichtungen arbeiten und wie effizient die Dienstleistungen erbracht werden, wenn die Regulation durch Markt und Wettbewerb fehlt oder aber auch, in welchen Bereichen dieser Sektor seine Dienstleistungen erfolgreicher anbieten kann als der For-profit Sektor. Ebenso ist die Frage interessant, in welchen Bereichen eigentlich Non-profit-Einrichtungen entstehen, d.h. wann Verbraucher/Konsumenten Dienstleistungen im Non-profit, wann im For-profit Bereich nachfragen. Es ist nicht immer zutreffend, daß die Verbraucher eher geneigt sind, Dienstleistungen im Non-profit Bereich nachzufragen, wenn sie deren Qualität nicht beurteilen (vgl. Krankenhaus, ärztliche Leistungen) oder nicht ständig selbst kontrollieren können (Betreuung im Kindergarten, Altenheim). Denn es gibt auch zahlreiche Gegenbeispiele, wie z.B. die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung, die bei uns privatwirtschaftlich erfolgt.

Non-profit hat seine Wurzel in der Gemeinnützigkeit, im ehrenamtlichen Engagement, in der

Wohlfahrt. Das sind Stichworte, die eine solche Betriebsform für den VDPP so attraktiv machen. Das, was als sozial-pharmazeutische Berufsausübung betrachtet werden soll, läßt sich am besten laut Programm des VDPP dort verwirklichen. Doch wird damit nicht der Fehler begangen, die Vorstellungen vom eigenen Beruf über eine aus der Sicht der Patienten wünschenswerten Arzneimittelversorgung zu stellen? Bedeutet das nicht, professionelle (im Sinne einer Profession) Interessenvertretung zu betreiben? Möglicherweise läuft man Gefahr, zu idealisieren, zumal die wirtschaftliche Seite in der Diskussion auch leichter verschleiert werden kann: Sie ist dennoch existent und relevant - auch im Non profit Sektor; der deshalb vielleicht besser als "Non-for-profit" Bereich bezeichnet werden sollte. Der Terminus sollte jedoch nicht zu sehr strapaziert werden. Für das Seminar sollte nur die Arbeitshypothese ausgedrückt werden, daß bestimmte Vorstellungen einer erfüllten Berufstätigkeit in den bestehenden privatwirtschaftlichen Strukturen - was auch noch zu prüfen wäre - nicht umgesetzt werden können. Wir können gegenwärtig von keinem funktionierenden Gegenmodell ausgehen - auch wenn der Begriff "Non-profit" im Seminartitel dies vielleicht suggeriert hat. (Böse Zungen könnten sagen, daß schon ein Drittel aller Apotheken als Non-profit Unternehmen arbeitet.)

Die Überlegungen zu veränderten Betriebsformen können von unserer Seite nicht losgelöst werden von einer Präzisierung der zentralen pharmazeutischen Aufgaben und der strukturellen Voraussetzung zu ihrer Umsetzung. Doch gleichgültig welche Trägerschaften und Betriebsformen konzipiert werden, es stellt sich die Aufgabe, Qualität und Effizienz der Dienstleistung sicherzustellen und zu optimieren. Außerdem wird man sich der Frage stellen müssen, wie die Organisation selbst gesteuert und kontrolliert werden soll und wie die Entwicklung von Identität und Motivation der Mitglieder gelingen kann.

Strukturveränderungen im Apothekenwesen - die dritte Stufe der Gesundheitsreform

Hartmut Reiners, tätig im Sozialministerium Brandenburg und seit rund 20 Jahren in die Ge-

sundheitspolitik involviert, gab in seinem Vortrag, der hin und wieder einen Blick hinter die Kulissen auf die Arbeitsweise in den Ministerien und die Abstimmungsprozesse in der Politik freigab, einen Überblick über die Reformen im Gesundheitswesen. Reiners stellte zunächst die These auf, daß die Arzneimittelversorgung nicht mehr im Mittelpunkt der nächsten Reformen stehen wird. Die Arzneimittelversorgung und damit die Interessen der Apothekerschaft werden allerdings durch andere zu regulierende Fragen berührt werden. Der Arzneimittelbereich befinde sich - so Reiners - auf einer relativ abgeschlossenen Stufe. Er verdeutlichte diese These am Gang der Gesundheitsreformen. Diese begannen in den 70er Jahren; schon damals lag übrigens ein Entwurf über eine Positivliste vor, der zurückgezogen wurde. Die "Reformen" waren in erster Linie Kostendämpfungsgesetze. Auch das GRG 1988 war noch ein klassisches Kostendämpfungsgesetz, da versucht wurde, über die Preisgestaltung (Festbeträge, Selbstbeteiligung) die Kosten der Arzneimittelversorgung in den Griff zu bekommen. Durch die verschiedenen Gesetze waren jedoch keine Maßnahmen vorgesehen, um der Mengenausweitung und anderen (zu erwartenden) Substitutionseffekten zu begegnen. Das GSG, das Reiners als eine "historische Zufälligkeit" bezeichnete, da Sachkoalitionen nötig waren - , hingegen bewirkte durch seine Kombination von Maßnahmen (Budgetierung, Richtgrößen, Positivliste) durchaus einen Eingriff in die Verordnungsstruktur, wie es ja auch die Daten des Arzneiverordnungs-Reports deutlich belegen.

Das Gesundheitswesen ist ein anbieterdominierter Wirtschaftszweig, d.h. die Leistungen erfolgen anbieterinduziert. Dieser Steuerung durch die Anbieter muß in den Reformen Rechnung getragen werden; eine Steuerung durch die Patienten (das schwächste Glied in der Kette) durch eine noch stärkere Selbstbeteiligung ist sozialpolitisch bedenklich und nach Ansicht von Reiners auch zum Scheitern verurteilt, da die Ärzte die Definitionsmacht haben. Der Versuch der Kostenstabilität für die GKV über Maßnahmen wie nachträgliche Kostenerstattung sei nicht nur patientenfeindlich (es kann hier durchaus auch um Beträge gehen, die nicht ohne weiteres in Vorauszahlung von den Einzelnen zu leisten sind), sondern

darüber hinaus bestehe die Gefahr, daß von Seiten der Anbieter Zusatzleistungen angeboten und erbracht werden, für die die Patienten dann später selbst aufkommen müssen - was ihnen möglicherweise zum Zeitpunkt der Dienstleistungserbringung nicht hinreichend bekannt und bewußt war.

Lautete das Zauberwort der ersten Stufe der Reformgesetze (GRG 1988) Festbetrag, das der zweiten Budgetierung und Wettbewerb, so ist in der dritten Stufe von Wahl- und Pflichtleistungen, kombinierten Budgets die Rede. Auch über die freie Arztwahl (Apothekenwahl) wird nachgedacht. Gesundheits- und sozialpolitisch relevant bleibt die Frage, wie die Leistungserbringer hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Dienstleistungen kontrolliert werden können und welche Steuerungsinstanzen hierzu notwendig sind. Leider war die Zeit zu kurz, um in diesem Zusammenhang mehr über Funktionsweise und Chancen von regionalen Gesundheitskonferenzen zu erfahren, die solche Aufgaben hätten leisten können.

Gerard de Vries

Im Lohndienst einer Krankenkassenapotheke

Gerard de Vries, Direktor der AZIVO-Krankenkassenapotheke in Den Haag, hielt einen Vortrag über seine Tätigkeit als Krankenkassenapotheker, den wir etwas abgewandelt und gekürzt in Interviewform wiedergeben.

Zunächst stellte de Vries kurz Entstehungsgeschichte und Entwicklung der AZIVO-

Krankenkassenapotheke vor. (Näheres übrigens im VDPP-Rundbrief 24/94, S.16 ff.)

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde aus der Arbeiterbewegung heraus eine Reihe von sog. "Eigen instellingen" gegründet, eine Art selbstorganisierter Krankenkasse, die exklusiv für ihre Mitglieder alle Leistungen im Gesundheitswesen (Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Geburtskliniken etc.) selber anbot. Ziel war eine angemessene und erschwingliche Gesundheitsversorgung für Arbeiter und arme Leute. Die Mitglieder dieser Organisationen waren an ihre Einrichtungen gebunden.



Es gab im ganzen Land nur ca. 5 bis 10 dieser Krankenkassen, die diese Leistungen selber anboten, und zwar ausschließlich in größeren Städten. In ländlichen Gebieten war die Etablierung solcher Dienste schon allein deshalb nicht möglich, weil die Menschen oft sehr enge Bindungen zu ihren Hausärzten hatten und diese ihren Einfluß auf und ihre Macht über die Patienten ausnutzten. Aber neben dem Widerstand der frei praktizierenden Ärzte gab es andere Gründe, warum die "Eigen instellingen" sich nicht ausweiteten. Unter anderem war ihre finanzielle Situation häufig nicht gut: bedingt durch die ho-

hen Verwaltungskosten waren die von der Kasse selbst angebotenen Dienste teurer als diejenigen der freien Anbieter. Eine bestimmte Mindestgröße war nötig, um überhaupt wirtschaftlich zurecht zu kommen.

Nach dem zweiten Weltkrieg kam es langsam zum Niedergang dieser Krankenkassen-eigenen Leistungen. Das 1966 erlassene Krankenversicherungsgesetz untersagte den Kassen den weiteren Ausbau ihrer Leistungen, die bestehenden Einrichtungen durften ausschließlich von den Mitgliedern genutzt werden, diese konnten jedoch auch woanders hingehen.

Der immense medizinische Fortschritt brachte immer mehr Fachärzte hervor, Spezialisten, die anzustellen sich die Krankenkassen nicht leisten konnten. Daneben gab es jedoch einen Mangel an Medizinern und Pharmazeuten. Letzterer erlaubte beispielsweise der Königlich Niederländischen Pharmazeutischen Gesellschaft, der fast alle ApothekerInnen angehörten, als Gegenleistung für ihre Tolerierung den Krankenkassen-Apotheken alle möglichen Regeln zu diktieren.

1988 wurde die Finanzierung aller kasseneigenen Einrichtungen für physikalische Therapie und Zahnmedizin durch den obersten Krankenversicherungsrat gestoppt, die angestellten Zahnärzte und Physiotherapeuten arbeiteten fortan als Selbstständige weiter.

1994 ist nur noch eine einzige Einrichtung übrig geblieben: die AZIVO-Krankenkassen-Apotheke. Dies wundert vielleicht nicht, handelt eine Apotheke doch mit Waren und nicht so sehr mit Dienstleistungen. Dadurch sind ihre Leistungen hinsichtlich Preis und Qualität besser mit anderen Anbietern zu vergleichen. Die AZIVO-Apotheke darf neben ihren eigenen Mitgliedern auch bestimmte Privatkunden und Einrichtungen wie z.B. Altenheime beliefern, wodurch zusätzliche Einnahmen gemacht und damit die Kosten für AZIVO gesenkt werden können.

Herr de Vries, warum entschieden Sie sich damals für die Tätigkeit in der AZIVO-Krankenkassenapotheke?

AZIVO hatte damals eine große Anziehungskraft auf links-kritische Studenten, zu denen ich mich allerdings nicht rechnete; ich war eher sozial-naiv. Aber ich fing aus Idealismus an; die Größe der Organisation gefiel mir und die Kombination von Krankenkasse und Apotheke reizte mich auch, AZIVO erschien mir einfach als junge, offene, nicht konservative Organisation.

Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit und warum sind Sie nach 13 Jahren immer noch im Lohndienst tätig?

Die Zusammenarbeit mit vielen Mitarbeitern unterschiedlicher Herkunft und mit mehreren ApothekerInnen empfinde ich als sehr anregend. Ich bin in pharmazeutischer Sicht unabhängig, habe viele organisatorische Aufgaben und Kontakte zu Ärzten, zu den Gremien von AZIVO und zu den Medien, die regelmäßig die AZIVO-Apotheke aufsuchen, um unsere Meinung zu erfragen. Mich reizt der Versuch zu beweisen, daß eine soziale Apotheke selbst im kapitalistischen Westen (nicht unsympatisch gemeint) ihren Platz in der Gesellschaft verdient und daß freiberufliche Apotheker und die Industrie Respekt davor haben.

Und natürlich macht es Spaß, der Boss der größten Apotheke der Niederlande zu sein, auch wenn selbstständige Kollegen häufig viel mehr verdienen, worauf ich jedoch nicht eifersüchtig bin.

Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit weniger gut?

Vor allem der finanzielle und ökonomische Druck, unter dem wir ständig stehen. Daneben der Kompetenzstreit zwischen Apotheke und der AZIVO-Krankenkassenverwaltung. Letztere stellt zu sehr die finanziellen Aspekte in den Vordergrund, ohne dabei an pharmazeutische Qualität zu denken.

Als hinderlich empfinde ich auch die Marktbeschränkungen, denen nur wir unterliegen, daß wir z.B. ausschließlich an AZIVO-Mitglieder liefern dürfen und das nur in einem beschränkten Bezirk.

Welches sind Ihre täglichen Arbeiten?

- Besprechungen und Verhandlungen mit Ärzten, Apothekern, Großhändlern und Abteilungsleitern der Verwaltung der Krankenkasse.

- Mitarbeit bei der täglichen Routine wie z.B. Rezepte kontrollieren und telefonischen Anfragen beantworten.

- Arbeitsabläufe verbessern, Kosten verringern und neue Dienste (z.B. Rezeptabholung bei den Kunden zu Hause, Belieferung von Altenheimen) etablieren.

- Weiterbildungskurse organisieren und durchführen

Die AZIVO-Apotheke bringt 75% der Arzneimittel ins Haus. Wie verträgt sich das mit der sozialen Pharmazie?

In der Apotheke werden täglich ca. 1200 Rezepte bearbeitet, von denen 75% abgeholt werden, z.B. über Rezeptsammelkästen, bei den Patienten zu Hause oder beim Arzt. Rezepte werden auch gefaxt oder via E-Mail durchgegeben. Die Rezepte werden dann abends zu den Patienten ins Haus gebracht.

Nachteilig ist die Distanz zwischen Apotheker und Patient, denn es können so keine persönlichen Auskünfte mehr gegeben werden. Außerdem sind die Kosten für die Zustellung sehr hoch.

Von Vorteil ist z.B., daß man nicht mehr warten muß. Für chronisch Kranke, Alte und Gehbehinderte ist die Zustellung ins Haus sehr angenehm. Die Apotheke ist darüber hinaus 24 Stunden geöffnet, man kann sich auch rund um die Uhr telefonisch beraten lassen.

Man muß auch berücksichtigen, daß die Mitglieder der AZIVO-Krankenkasse dieses System seit Generationen kennen und daß es seit 100 Jahren funktioniert. Inzwischen bringen übrigens alle Apotheken in den Niederlanden die Medikamente ins Haus.

Was bedeutet es für die Kunden, daß die AZIVO-Apotheke eine Non Profit Organisation ist?

Für den einzelnen Kunden gibt es nur geringfügige Vorteile durch die AZIVO-Apotheke, so z.B.:

- Die Zuzahlung entfällt häufiger
- Die Preise einer ganzen Reihe von Medikamenten sind sehr viel niedriger
- 24 Stunden Öffnungszeiten
- Eine Beratungsschwester besucht die Leute zu Hause
- Über den Mitgliederrat haben die Kunden Einfluß auf die Verwaltung der Krankenkasse und damit auf die Apotheke

Ich glaube nicht, daß eine Non Profit Apotheke eine bessere pharmazeutische Versorgung macht als eine Profit Apotheke. Die Versorgung in den Niederlanden ist hervorragend, obwohl es nur wenige soziale Apotheken gibt. Dennoch wecken die sozialen Apotheken mehr und mehr das Interesse der Kollegen, denn

- sie haben eine kritische Einstellung zu vielen Fragen der Arzneimittelversorgung
- sie sind zur Zusammenarbeit bereit
- Gewinnmaximierung steht nicht im Vordergrund
- sie konnten zeigen, daß sie auch kommerziell gesehen Geschäfte machen können

Was bedeutet AZIVO für die Mitarbeiter/das Personal?

Alle Mitarbeiter der Apotheke sind im Lohndienst der Krankenkasse. Die Tarifverträge sind wie für andere Apotheken auch, die Gehälter liegen jedoch um 20% darüber, wenn man am Schichtdienst beteiligt ist.

Die Vorteile für die Mitarbeiter hängen stark mit der Größe des Betriebes zusammen: es gibt eine

Personalabteilung, die bei Konflikten behilflich ist, eine gute betriebliche Sozialversicherung, eine betriebsinterne Weiterbildung, Möglichkeiten der Spezialisierung (z.B. zur Hauptapothekerassistentin), Mitsprache bei Neustrukturierungen und, nicht zu vergessen, eine Kantine. Und die Apotheker sind nicht allmächtig, schließlich sind sie auch Angestellte der Krankenkasse.

Welche sozialen Ziele hat AZIVO?

Oberstes Ziel ist eine erschwingliche und zugängliche Gesundheitsfürsorge für jedermann. Die Solidarität unter den Versicherten ist sehr wichtig, es gibt keine Beitragsunterschiede zwischen jungen und alten Mitgliedern.

Welche pharmazeutischen Ziele hat die AZIVO-Apotheke?

Zunächst einmal eine hohe und fortwährende Qualität der gelieferten Produkte und Dienstleistungen, überprüft durch regelmäßige Qualitätskontrollen.

Die Mitarbeiter sollen eine freundliche und positive Einstellung den Kunden gegenüber haben, auf ihre Bedürfnisse eingehen und sie verantwortungsvoll beraten.

Außerdem legen wir Wert auf schriftliches Informations- und Aufklärungsmaterial. Wichtig ist zudem, daß die Patienten möglichst keine oder nur wenig Zuzahlungen zu leisten haben.

Bernd Rehberg

Anforderungen an eine veränderte Apothekenpraxis

- aus Sicht des selbständigen Apothekers

Eines ist sicher: es bleibt nichts wie es war. Ich habe den Eindruck, daß zur Zeit die Veränderungen im Gesundheitswesen in immer größeren Schritten voranstürmen. Wer glaubt, er kann sich zurücklehnen und auf seinem bisherigen Leistungen ausruhen, fällt unweigerlich durch die sich auflösende "Masche" des sozialen Netzes und ist in 10 Jahren vom Markt verschwunden!

Im politischen Raum gilt als oberstes Gebot:

Beitragsstabilität

Der Standort Deutschland muß gesichert werden, und die Renten dürfen nicht weiter belastet werden.

Für das Gesundheitswesen in allen Bereichen gilt daraus abgeleitet als oberste Maxime:

Kosteneinsparung

Uns im Apothekenwesen hat diese Maxime im GSG getroffen und wird uns weiter treffen durch die Positivliste und die Diskussion um Fremd- und Mehrbesitz, Arzneimitteldistribution durch Ärzte, Rabattweitergabe an die Patienten, Stärkung des Marktes durch Abbau von Privilegien!

Genau diese Diskussion wird ganz konkret vorangetrieben durch das Papier der Spitzenverbände der Krankenkassen unter 5.3. "Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung" (s. VDPP-Rundbrief Nr. 26/94, S. 23)

In dieser Situation überlege ich als eine Möglichkeit, die Krankenkassen als Bündnispartner anzusprechen. Weitere Möglichkeiten wären z. B. staatliche Apotheke, Großhandelsapotheke, Apotheken in der Hand von pharmazeutischen Firmen, Stadtteilapotheken unter einem festgelegten Budget des Staates für diesen Stadtteil. Es soll eine engere Zusammenarbeit geprüft werden: zu meinem Wohl als Apothekeninhaber, zum Besseren der Krankenkasse und last but not least zum Wohle der Patienten in meinem Stadtteil!

Ich weiß, daß bestehende Gesetze meinen folgenden Überlegungen entgegenstehen. Aber ich möchte ja gerade herausfinden, ob und in welche Richtung ich bestehende Gesetze verändern oder mich einer Veränderung entgegenstemmen will!!!

Wie könnte nun eine engere Zusammenarbeit aussehen? Die Krankenkasse empfiehlt ihren Mitgliedern, in meiner Apotheke ihre Medikamente einzulösen. Das bedeutet für mich:

- mehr Patienten
- mehr Umsatz
- rationellerer Wareneinsatz
- höhere Rabatte bei Medikamenten und vor allem bei Hilfsmitteln, Verbandmitteln und Geräten

aber

- mehr Personal
- mehr Platzbedarf, also eventuell Umbau der Apotheke

Dabei stellen sich 2 Fragen:

1. Kommen die Patienten auch wirklich in meine Apotheke, oder bedarf es nicht zusätzlicher Anreize, z. B. keine Rezeptgebühren in meiner Apotheke

2. Bedeutet dieser Vertrag mit mir den wirtschaftlichen Ruin anderer im Stadtteil bestehender Apotheken! Aber das ist ja von der Regierung und den Kassen ganz offiziell nicht gerade ungewollt.

Folge: Auch die anderen Apotheken müssen sich, wollen sie überleben, Krankenkassen suchen!

Was kann ich der Kasse jetzt als Gegenleistung anbieten?

1. Abführen des Gewinnüberschusses

2. Informelle Außenstelle der Kasse

a) umfassende Beratung über Medikamente, Selbstmedikation, Complianceverbesserung, Impfberatung, Blutdruck, Urin, Cholesterin, Reiseberatung

b) keine umstrittenen Medikamente (z. B. Thomapyrin!)

c) gut ausgebildetes und fortgebildetes Personal

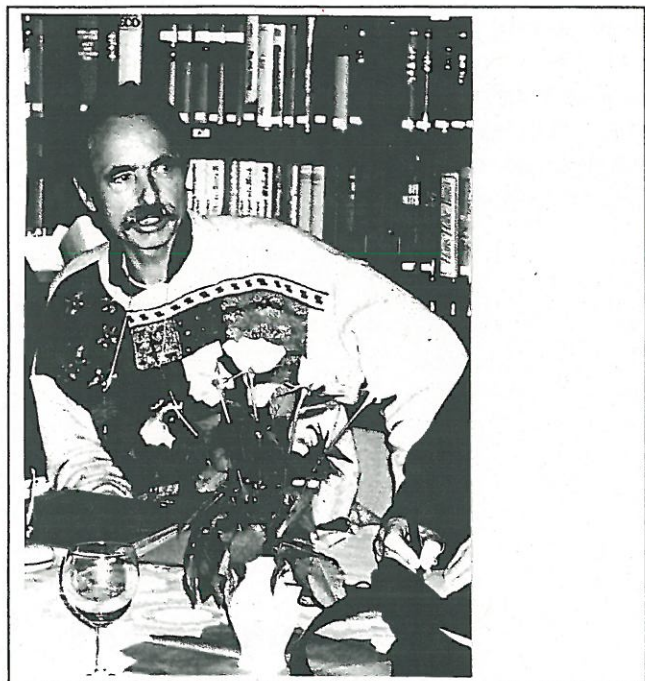
d) Informationsveranstaltungen im Stadtteil zu bestimmten Krankheitsbildern, zu denen die betroffenen Kunden, die ich aus meiner Kundendatei entnehmen kann, dann speziell eingeladen werden.

e) als Krankenkassenapotheke erheblich verbesserte Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegediensten.

Mein Apothekerherz schlägt höher. So stelle ich mir eine optimale Gesundheitsversorgung der Menschen in meinem Stadtteil vor. Alleine die Verbesserung der Compliance, die zur Zeit nur bei ca. 50 Prozent liegt (!!), kann enorme Kosten einsparen. Und die Zukunft meiner Apotheke ist langfristig mit diesem potenten Partner gesichert!!

Mein Unternehmervorstand aber sagt mir, daß das alles enorm personalintensiv und damit kostenintensiv ist. So daß Punkt 1 meiner Gegenleistung immer mehr zusammenschrumpfen wird.

Betrachte ich mir meine Gegenleistungen jetzt einmal kritisch, habe ich das Gefühl, das schöne Haus bricht in sich zusammen. Denn, das allermeiste können die Krankenkassen bzw. machen es ja schon alleine. Dazu bräuchten sie nicht unbedingt mich als Partner.



Ich weiß, daß die Krankenkassen Unternehmen sind. Es sind Großunternehmen, vergleichbar mit VW, Mercedes und der Deutschen Bank. Als Unternehmer im Kapitalismus mit dieser enormen Stärke am Markt müssen sie Gewinne erwirtschaften. Gewinne heißt für diese Unternehmen aber auch z. B. Ausgrenzung kostenintensiver Patientenklientelen, dort wo es irgend machbar ist, ohne daß ein Sturm der Entrüstung über sie hereinbricht. D. h. für mich stehen die Krankenkassen auf keinem ethischen oder moralischen Podest, zu dem ich bewundernd hochschaue. Nein, sie sind stinknormale Unternehmen, die tagtäglich durch ihre Ausgabenpolitik auch kranke Menschen ins Unglück stürzen.

Als Fazit meiner Gegenleistung bleibt also realistischlicherweise nur Gewinnabschöpfung aufgrund der Umsatzsteigerung, um als Partner akzeptiert zu werden. Da sehe ich aber schwarz. Durch die personalintensiven Verbesserungen für den Patienten-Kunden und mein eigenes Bestreben, einen Gewinnvorteil zu realisieren, dürfte da kaum etwas übrig bleiben.

Geht die Krankenkasse trotzdem auf meinen Vorschlag ein, beginnen allerdings alle meine unternehmerischen Warnleuchten aufzublinken. - Warum denn?

Und es kommt mir der Gedanke, daß sie es mit mir machen, um mich aus der großen Gemeinschaft der Apotheken herauszulösen. So splintern sie uns auf, um dann später als gnädige Krankenkasse mit den einzelnen Apotheken zu verfahren, wie sie möchten

Es muß ja nicht so sein. Aber ich warne !! Auch wenn wir oder ihr als Mitarbeiter im Apothekenwesen um den desolaten Zustand der Gemeinsamkeiten der Apothekerschaft wißt oder zu wissen glaubt: noch sind wir ein gemeinsamer Berufsstand, der nach außen über die ABDA politisch mit einer Stimme spricht und sich Gehör verschafft. Wenn auch das noch auseinanderbricht, werden wir zu tausend kleinen Spielbällen im Match von Krankenkassen, Ärzten, Regierung und Pharmaindustrie - ein wahrlich imposantes Doppel, wo die, die weichgeklopft sind, im Abfall-eimer landen!

Dorothea Hofferberth

Die Apotheke als "Non-profit-Unternehmen"

- aus der Sicht einer/s angestellten Apo- thekerIn

Die Hauptvoraussetzungen an eine solche Betriebsform sind zunächst einmal veränderte Eigentumsverhältnisse; das Prinzip "Eine Apotheke

- ein Apotheker" gilt nicht länger. Stattdessen wären die folgenden Modelle denkbar: 1. der Zusammenschluß einzelner Apotheker zu einer Genossenschaft (Apothekenzentrum), 2. die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe (Gesundheitszentrum), 3. die Trägerschaft durch gemeinnützige Verbände wie DRK, Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen, Kirchen, Stiftungen und 4. die Trägerschaft durch kommunale Einrichtungen wie Stadt- und Kreisverwaltungen. Weitere Voraussetzungen für das Gelingen eines solchen Projektes sind eine solide ökonomische Grundlage, klare Verhältnisse hinsichtlich Mietverträgen, Bankverschuldungen, vertragliche Regelungen über Entlohnung und Prämiensysteme. Dazu kommen die Integration der Apotheke in das soziale und regionale Umfeld (Patienten-nähe, Akzeptanz) und natürlich ausreichendes Personal, das entsprechend seiner Qualifikation eingesetzt wird.

Welche Anforderungen würde ich als Angestellte jetzt an die "Non-profit-Organisation" stellen? Zuerst müßten gewerkschaftliche Rechte wie Kündigungsschutz und die Mitbestimmung durch

den Betriebsrat Geltung bekommen. Das hieße dann: Es gäbe einen sicheren, vom Apothekenumsatz unabhängigen Arbeitsplatz, eine geregelte Dienst- und Urlaubsplanung, vertragliche Regelung über Vergütung und Sonderzahlungen, klar festgelegte Arbeitsplatzbeschreibungen, die Möglichkeit der persönlichen Spezialisierung (z.B. Toxikologie, drug-monitoring, Phythopharmazie, Laboruntersuchungen) und Fort- und Weiterbildung werden zur Pflicht, bezahlt und durch Freistellung ermöglicht. Daneben erwarte ich ein Mitspracherecht bei der Arzneimittelauswahl, z.B. in der Selbstmedikation durch gezielten Einkauf und die Gestaltung von Sicht- und Freiwahl, in der Arzneimittelkommission mit den Ärzten des Zentrums oder der Nachbarschaft (Positivliste), Mitbestimmung in der Auswahl des Dienstleistungsangebots der Apotheke (Screening, Homecare) und bei der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberuflern in der Gesundheitserziehung und -förderung.



Welche Bedeutung hätte meiner Ansicht nach nun eine "Non-profit-Apotheke" für den Patienten?

1. Einen verbesserten Verbraucherschutz, d.h. keine Abgabe von überbewerteten, unsinnigen,

unwissenschaftlich zusammengesetzten Arzneimitteln, Schutz vor Werbung mit falschen Versprechen und unrichtigen Inhalten, Sicherheit, daß die Auswahl der verfügbaren Medikamente nach ökonomischen und ökologischen Gesichtspunkten erfolgt und die Garantie von Qualitätsstandards in Herstellung und Lagerung.

2. Im Bereich der pharmazeutischen Betreuung und Fürsorge eine gründliche, für den Patienten verständliche Information über das einzunehmende Medikament, Beratung und Information als Dienstleistung, unabhängig vom Kauf eines Arzneimittels, Schulung der Kunden über andere Heilmethoden, Ernährungsfragen und den Umgang mit Hilfsmitteln. Die/der ApothekerIn werden zum Hausapotheker, der die PatientInnen zu Hause besucht, die Arzneimitteltherapie mit ihm bespricht und Verhaltensweisen erklärt.

Fazit: Die Apotheke als "Non-profit-Betrieb" bedeutet für die Beschäftigten einen sicheren, verantwortungsvollen Arbeitsplatz, der Initiative und Engagement erfordert. Für die Leiter gelten eine geregelte Arbeitszeit, ein gesichertes Einkommen, Belohnung durch ein Prämiensystem für besonderen Einsatz. Alle können frei von wirtschaftlichen Zwängen ihre Arbeit verrichten. Der Patient, seine Gesundheit und Krankheit stehen im Mittelpunkt und Ethik statt Monetik steht im Vordergrund. Für die Patienten ist die Apotheke ein Ort, wo sie sich über Gesundheit und Krankheit informieren können und vor unredlicher Geschäftemacherei geschützt sind.

Abschlußdiskussion

In der leider zu kurzen Diskussion wurden vor allem folgende Punkte angesprochen: 1. Wie kann der pharmazeutische Beruf in der öffentlichen Apotheke optimal ausgeübt werden, um die

PatientInnen zu deren Zufriedenheit zu versorgen? 2. Wie kann schon heute ein Projekt konkret werden, in dem neue Formen berufsübergreifender Zusammenarbeit in einer Non-profit Organisation erprobt werden?

Zu Punkt 1: Wer die Frage stellt, unter welchen Umständen der pharmazeutische Beruf in der öffentlichen Apotheke optimal ausgeübt werden kann, um die Patienten zu deren Zufriedenheit zu versorgen, sieht sich schon bald mit den Fragen konfrontiert: was sind denn ureigenste pharmazeutische Tätigkeiten in der öffentlichen Apotheke, wozu es eines pharmazeutischen Studiums bedarf? Kann nicht die Betreuung der Arzneimittelanwendung besser durch den verordnenden Arzt oder die entsprechend ausgebildete Krankenschwester (Sozialarbeiterin) durchgeführt werden? Wozu sind ApothekerInnen eigentlich nötig? Sollte nicht erst dann über die Umsetzung der Tätigkeitsfelder gesprochen werden, wenn diese Fragen geklärt sind? Die Zeit reichte leider nicht aus, diese weiterführenden und auch über das Programm des VDPP hinausgehenden Fragen zu diskutieren. Da sie aber an den Nerv des ganzen Berufes gehen, sollten sie in Zukunft auch aus der Sicht des VDPP beantwortet werden.

Zu Punkt 2: Von Ingeborg Simon (VDPP) wurde vorgeschlagen, bereits jetzt ein Modell auf den Weg zu bringen, an dem eine berufsübergreifende Zusammenarbeit von Heilberuflern in einer nicht profitorientierten Einrichtung erprobt werden sollte. Dazu könne man beispielsweise auf bestehende Arztpraxen und Apotheken, z.B. in Berlin-Kreuzberg, zurückgreifen, diese in eine gemeinsame Einrichtung überführen und die dort arbeitenden Heilberufler aus einer Kasse bezahlen. Um einem solchen Projekt eine realistische Perspektive zu geben, sollte der VDPP einen Ökonomen beauftragen, der in enger Zusammenarbeit mit sich bereitfindenden Ärzten und Apothekern ein finanzielles Konzept erarbeiten sollte. Dieser Vorschlag wurde nach kurzer Diskussion dem Vorstand des VDPP zur Weiterverarbeitung übertragen.

Im folgenden dokumentieren wir nach drei Überschriften sortierte Punkte, die von den TeilnehmerInnen ebenfalls als diskussionswürdig ge-

nannt wurden. Die vorangestellte Frage lautete "Wenn ich an eine veränderte Apothekenbetriebsform denke, wäre mir am wichtigsten in Bezug auf 1. die Apotheke, 2. meine Tätigkeit, 3. die Patienten:

Wenn ich an eine veränderte Apothekenbetriebsform denke, wäre mir am Wichtigsten bezogen auf

- **die Apotheke:** solide ökonomische Planung; leistungsgerechte Entlohnung; ökonomische Sicherheit; Bürokratie darf nicht zunehmen; Apotheke muß ein Ort der menschlichen Ansprache werden/bleiben; Bezahlung von Beratung; ausreichende Bezahlung; Bezahlung soll umsatzunabhängig sein; Erhalt kleiner Apotheken; Fortbildung für alle Beschäftigten in der Apotheke; Gewinn der Apotheke fließt in Fortbildung und Ausstattung.; Transparenz der Finanzströme innerhalb der Apotheke; Unabhängigkeit von Rabattsystemen (v.a. in der Beratung/Verkauf); Unabhängigkeit von Krankenkassen und Ärzten; Erprobung von Modellen; weitgehende Entscheidungsfreiheit des non-profit Apothekenleiters in Bezug auf - Mitarbeiterinstellung und -führung; - Finanzplan, Einkauf; - Gestaltung der Räume; - Möglichkeiten der Schwerpunktsetzung

- **meine Tätigkeit:** selbstbestimmtes Arbeiten; selbstverantwortliches Arbeiten; Selbstverpflichtung auf bestimmte Grundsätze; hohe Qualität; ohne unmittelbaren privaten ökonomischen Druck auf der Höhe des wissenschaftl. Erkenntnisstandes Arzneimittelberatung zu betreiben; d.h. auch ausdrücklich abzuraten, verweigern, Verweis auf nichtmedikamentöse Therapien, Prävention betreiben zu können; vom Verkauf der Medikamente unabhängige Beratung; Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Gesundheits- und Sozialberufe); persönliche professionelle Schwerpunktsetzung in der Arbeit; Einfluß auf die Apothekengestaltung; Arzneimittelberatung beim Patienten zuhause; Arzneimittelsortiment selbst bestimmen zu können hinsichtl. des therapeutischen Nutzens; nach Qualität und Preise.; Mitspracherecht beim Arzneimittelangebot; Einfluß auf das Warensortiment und auf die Art und Weise der

Beratung der Patienten.; unabhängige Entscheidungen treffen zu können; Entfaltungsmöglichkeiten als Hausapotheker für die Patienten; unabhängige Beratung , frei von ökonom. Zwängen; interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufe.; Zusammenarbeit der Heilberufe; - Akzeptanz der anderen Heilberufe; - Beschränkung auf eigene Fachkompetenz; -zielorientierte Arbeit; regelmäßige Zielorientierungs-; Gespräche mit anderen Organisationen im Gesundheitswesen; Kooperation mit anderen Berufen; Austausch mit anderen Berufsgruppen; Fort- und Weiterbildung; Gesundheitsfragen des Stadtteils in Kooperation mit anderen Berufen bearbeiten zu können; arzneimittlepidemiologisch; he Untersuchungen durchführen zu können

- **die Patienten:** das Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung muß langfristig positiv beeinflußt werden; Patient im Mittelpunkt der Tätigkeit; Verbraucherschutz; fragliche Arzneimittel dürfen nicht in andere Kanäle abwandern; keine zu großen Einheiten, so daß der menschliche Kontakt zu den Patienten noch erhalten bleibt.; Handlungsrichtlinien für; die Selbstmedikation erarbeiten; Versorgungsevaluation Erstellen von Parametern, die den Ist-; zustand heute messen, um qualitative Veränderungen zeigen und weitere Entscheidungen treffen zu können

Diese Punkte verdeutlichen Gemeinsamkeiten aber auch Differenzen unter den TeilnehmerInnen beispielsweise hinsichtlich der Frage der Mitsprache in der Apothekengestaltung oder der Frage nach den Auswirkungen auf die Verwaltungsprozesse in der Apotheke, wenn diese in größere Organisationsstrukturen eingebunden wäre. Auch zur Frage des Abratens und des Aufklärens des Patienten muß von unterschiedlichen Haltungen ausgegangen werden („nicht um jeden Preis“, missionarisch). Zahlreiche hier genannten Punkte sind seit Jahrzehnten Gegenstand der Unzufriedenheit mit dem Apothekenalltag - z.B. die enge Verknüpfung von Umsatz und Verkauf. Dieses Dilemma ist ein zentrales Motiv für die Suche und das Engagement für eine veränderte Apothekenpraxis (beispielweise im Netzwerk soziale Apotheken), obwohl die meisten

TeilnehmerInnen eine individuelle Lösung für sich in der Praxis gefunden haben dürften.

Auffallend ist vielleicht der vielfach geäußerte Wunsch einer Zusammenarbeit mit anderen Berufen im Gesundheitswesen, der jedoch einer dringenden Präzisierung bedarf: warum, mit welchem Ziel soll kooperiert werden, bei welchen Patientenproblemen besteht Bedarf für eine Zusammenarbeit und wer kann und soll welche Aufgaben dabei übernehmen. An welche Voraussetzungen ist eine Kooperation geknüpft, wo gibt es widerstreitende, wo gleichgerichtete Interessen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Geäußert wurde außerdem der Wunsch und die Vorstellung, daß die Veränderungen in der Apothekenpraxis auch mit Strukturveränderungen in der medizinischen Versorgung einhergehen mögen und es Möglichkeiten zur Zusammenarbeit geben müsse.

Leider erbrachte die Diskussion keine neuen Aspekte zur Weiterentwicklung des Berufes der/s OffizinapothekerIn. Zur Konkretisierung der bereits im Programm genannten Zukunftsvisionen kann es somit leider nicht. Vielleicht kann auf der Mitgliederversammlung im März 1995 in Leipzig an diesem Thema weitergearbeitet werden.

Termine und Veranstaltungen

Treffen der Regionalgruppen

Hamburg: Zeit: 15.02., 01.03., 15.03.
Ort: bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18

Berlin: Bitte bei Regina Schumann erfragen!

Hessen: Bitte bei Franz Kirchner erfragen!

VDPP-Veranstaltungen

4. Netzwerktreffen Soziale Apotheken im VDPP

Zeit: 24.03.95, 14 Uhr
Ort: Leipzig, AOK, Raum 413, Wilma-Schwabe-Str. 2
Bitte Nebeneingang in der Jahnallee benutzen.

Mitgliederversammlung 1995

Zeit: 24.03.-26.03.95
Ort: Jugendherberge Leipzig

Frauenseminar 1995

Zeit: 09.06.-11.06.95
Ort: Bernried am Starnberger See

Who's who im VDPP

Die Mehrheit der anwesenden Mitglieder hat auf der letzten MV im Juni '94 in Hamburg beschlossen, ein "Who's who im VDPP" zu erstellen. Der Vorstand erhielt den Auftrag, dies in die Wege zu leiten, was hiermit geschehen soll.

Das Who's who im VDPP wird als Sonderrundbrief erscheinen und dient in erster Linie dem gegenseitigen Kennenlernen der Mitglieder unseres Vereins.

Daneben wollen wir von der Geschäftsstelle und vom Vorstand aus einen Überblick über Interessenschwerpunkte, fachliche Kompetenz und Kontakte einzelner Mitglieder zu anderen Organisationen und Initiativen gewinnen, um bei Anfragen von außen oder bei intern auftauchenden Fragestellungen Ansprechpartner zu haben.

Daneben könnten z. B. an die Geschäftsstelle gerichtete Hinweise auf Veranstaltungen zu speziellen Themen, die irgendwo in Deutschland stattfinden, gezielt an Interessenten, die in der Nähe wohnen, verschickt werden.

Um das Who's who in eine einheitliche Form zu bringen, schicken wir den umseitigen Fragebogen, den Ihr bitte ausfüllen und gerne ergänzen möget. Also, nur keine Hemmungen und vielen Dank für Eure Mühe!

Mit freundlichen Grüßen

(Bitte Rückseite ausfüllen, heraustrennen, zusammenfalten und einsenden)

An die
Geschäftsstelle des VDPP
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
D-20144 Hamburg

Who's who im VDPP - Fragebogen

(Selbstverständlich ist der Umfang der Beantwortung einzelner Fragen in Euer Ermessen gestellt)

Adresse (dienstlich):

Name, Vorname, ggf. Titel

Geburtstag

Genaue Bez. der Arbeitsstelle

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Straße

Straße

Telefon

Telefon

Fax

Fax

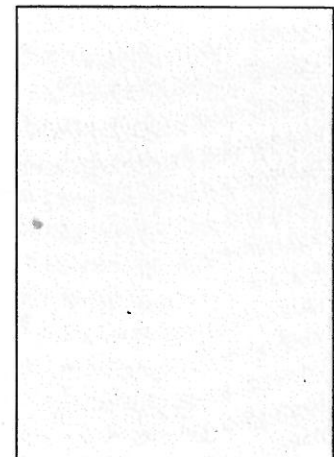
- Status:** Student PJ ApothekenbesitzerIn PächterIn
 AngestellteR in ... öffentlicher Apotheke
 Krankenhausapotheke
 PTA-Schule
 Wissenschaft u. Verwaltung
 (sonstiges)
 z. Zt. nicht berufstätig

Kontakte zu anderen Initiativen/Organisationen: ...

Interessen: ...

Veröffentlichungen: ...

Weitere Angaben zur Person: ...



Foto

Bettina am Orde

Gesundheitswesen 2000

DGB diskutiert gesundheitspolitische Reformvorstellungen

Im Juni dieses Jahres trafen sich die Delegierten der Mitgliedergewerkschaften des DGB zum 15. ordentlichen Bundeskongress in Berlin. Neben der Wahl des Bundesvorstands stand insbesondere die Diskussion der Arbeitsziele für die Zeit bis zum außerordentlichen Bundeskongress 1996 auf dem Programm. Im Rahmen des Antrags 67 „Weiterentwicklung der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik“ befaßten sich die Delegierten auch mit der Gesundheitspolitik.

Zur Gesundheitspolitik heißt es unter anderem, daß „in der Krankenversicherung die Versicherungspflichtgrenze aufgehoben und die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Grenzen in der Renten- und Arbeitslosenversicherung angehoben werden soll“. Daraus würde bei entsprechender Beitragssatzsenkung keine Mehrbelastung resultieren, sondern eine andere Verteilung der Belastung: Entlastet werden Arbeitnehmer mit mittleren und geringen Einkommen sowie Betriebe/Branchen mit relativ geringem Lohnniveau.

Außerdem wurde festgestellt, daß im Bereich des Gesundheitswesens nach wie vor Qualitätsmängel und Unwirtschaftlichkeiten existieren. Die Fortführung der Reform des Gesundheitswesens muß insofern vor allem das Ziel der Qualitätsverbesserung verfolgen. Durch eine bessere Verzahnung, insbesondere von ambulanter und stationärer Versorgung, kann auch die Wirtschaftlichkeit erhöht werden.

Explizit wurde bestätigt, daß die Prinzipien der solidarisch finanzierten Krankenversicherung erhalten bleiben müssen.

Dies sind auch die Eckpunkte des vom DGB-Bundesvorstand, Abteilung Sozialpolitik, im Frühjahr dieses Jahres vorgelegten Diskussionspapiers¹, das von einer Standortbestimmung nach dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) ausgehend die Ziele einer weiteren Gesundheitsreform sowie die DGB-Vorstellungen zur Weiterentwicklung beschreibt.

DGB-Diskussionspapier zur zukünftigen Rolle der GKV

Kritisch wird reflektiert, daß qualitative Mängel in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion kaum eine Rolle spielen. Sie dreht sich primär um Fragen der Finanzierung, um die Diskussion zwischen den angeblichen Alternativen einer Steuerung durch „mehr Markt“ oder „mehr Staat“ und daran anknüpfend an die Neubestimmung des Verhältnisses von

„Solidarität“ und „Eigenverantwortung“. Die Diskussion um die angeblich dramatische Finanzsituation im Gesundheitswesen, die hinsichtlich ihrer demographischen Aspekte sogar vom Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) widerlegt wurde, soll von den eigentlichen Problemen des Gesundheitswesens und einer ziel- und qualitätsorientierten Diskussion ablenken. Die Rezession und Krise, die Diskussion um den „Wirtschaftsstandort Deutschland“ soll genutzt werden, um auch Gesundheitsbeziehungswise Krankheitsrisiken ein Stück mehr zu privatisieren. Insofern ist es nicht erstaunlich, daß die Optionen des SVR zwar die Notwendigkeit weiterer Reformen im Gesundheitswesen unterstreichen, als Antworten jedoch die gängigen Stichworte der Rationierung und/oder Leistungsausgrenzung liefern.

¹ Erschienen als ISA 1/1994: „Gesundheitswesen 2000 – Diskussionen über die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in vollem Gange“, erhältlich beim DGB-Bundesvorstand, Abteilung Sozialpolitik, Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf, Tel. 02 11/43 01-5 65.

DGB diskutiert Gesundheitswesen 2000

Der DGB will dem die Vorstellung eines solidarisch finanzierten, bedarfsorientierten Systems der Gesundheitssicherung und Krankheitsversorgung mit dem zentralen Element einer einerseits auf Kooperation ausgelegten GKV, andererseits im Wettbewerb stehenden Kassen(-arten) und Anbietern entgegengesetzen. Ausgegangen wird dabei davon, daß die GKV als zentrales Struktur- und Steuerungselement des Gesundheitswesens zur Sicherstellung der Gesundheit beiträgt. Gesundheit ist als Gut gleichermaßen für die gesamte Gesellschaft wie für das Individuum von herausragender Bedeutung.

Leistungen der Krankenversicherung zur Gesunderhaltung und der Behandlung bei Krankheit sind Bestandteil der individuellen Lebensqualität. Investitionen in ein funktionsfähiges Gesundheitssystem steigern allerdings nicht nur die individuelle Lebensqualität, sondern steigern gleichzeitig die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft.

Von der Richtigkeit der Grundprinzipien – Solidar-, Bedarfs- und Sachleistungsprinzip – und dem Stellenwert der GKV für die Gesellschaft ausgehend, muß die Tradition der Weiterentwicklung und Modernisierung von GKV und Gesundheitswesen fortgeführt werden. Das GSG hat dafür entscheidende Weichenstellungen vorgenommen (u. a. Verstärkung der Gesundheitsförderung, Hervorhebung des Hausarztes, Verzahnung des

ambulanten und stationären Sektors, qualitative und ökonomische Strukturierung des Arzneimittelmarktes durch die „Positivliste“, Kassenwahlmöglichkeit für alle Versicherten, Risikostrukturausgleich).

Ziele einer weiteren Gesundheitsreform

Die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der GKV muß auf Basis der Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung – solidarische Finanzierung, Sachleistungs- und Bedarfsprinzip – erfolgen. Als Ziele einer Weiterentwicklung sind zu nennen:

- > Der weitere Abbau und die Vermeidung von Fehlallokationen, die wesentlich zu Unwirtschaftlichkeiten und Qualitätsmängeln führen.
- > Die Einordnung des GKV-finanzierten Gesundheitswesens in eine übergreifende Gesundheitspolitik, die Ziele und Qualitätsstandards formuliert, die Aktivitäten der Leistungs- und Kostenträger abstimmt und koordiniert. Diese als Gesamtverantwortung zu definierende Aufgabe ist auf allen Ebenen von parlamentarischen/staatlichen Instanzen wahrzunehmen.
- > Die Initiierung und flächendeckende Umsetzung qualitätsgesicherter Programme der – insbesondere auch betriebs- und arbeitsplatzbezogenen – Gesundheitsförderung.

> Die Unterstützung und Stärkung von Selbsthilfegruppen und -potentialen durch Krankenkassen und medizinische Professionen.

> Die Gewährleistung kontinuierlicher und koordinierter Behandlung durch Verzahnung der Leistungsbeirichte und der Integration von Prävention, Rehabilitation und Pflege in die Behandlungskette.

> Mit der Schaffung beziehungsweise Erweiterung von Wahlmöglichkeiten für Versicherte/Patienten durch Bereitstellung von Versorgungsalternativen und Beratungsangeboten soll in stärkerem Maße eine bedarfsorientierte Versorgung erreicht werden.

Stichworte der vom DGB-Bundesvorstand in die Diskussion eingebrachten Überlegungen sind dabei die Begrenzung der Ausgabenentwicklung sowie Kooperation und Wettbewerb statt Leistungsausgrenzung und Rationierung. Dabei ist zu beachten, daß es im folgenden nicht darum gehen kann, für jeden der genannten Teilbereiche ein in sich schlüssiges und mit den anderen Teilbereichen abgestimmtes Konzept zu liefern. Es handelt sich vielmehr um Gedanken und Überlegungen, die der weiteren Diskussion und Konkretisierung bedürfen.

Begrenzung der Ausgabenentwicklung durch Budgetierung und Stärkung des Solidarprinzips

Anknüpfend an die Überlegungen der gesundheitspolitischen Strukturkommission des DGB² zu einer flexiblen Globalbudgetierung bringt der DGB-Bundesvorstand diesen Vorschlag erneut vor. Budgetierung ist ein brauchbares Instrument, um einen wirtschaftlichen Umgang mit den Ressourcen zu erreichen. Die Erfahrungen mit dem GSG, das einzelne Ausgaben- oder Leistungsbereiche budgetiert, zeigen, daß es notwendig ist, das Instrument eines flexiblen Globalbudgets mit Instrumenten der Feinsteuerung zu verbinden. Dies könnten kontrollierter Wettbewerb, Transparenz, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen sein.

Orientierungsdatum für die Festsetzung des globalen Budgets ist die Steigerungsrate der Grundlohnsumme. „Flexibel“ bedeutet, daß aufgrund fundierter ökonomischer und medizinischer Orientierungsdaten und der von der Selbstverwaltung formulierten gesundheitspolitischen Prioritäten „Unterbudgets“ mit Abweichungen nach unten und oben festgelegt und vereinbart werden.

² Eingesetzt nach dem 12. ordentlichen Bundeskongreß; Arbeitsergebnisse veröffentlicht als WSI-Studie 60, 1987 sowie WSI-Studie 63, 1988: „Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft.“

DGB diskutiert Gesundheitswesen 2000

Daneben sind Maßnahmen zur Stärkung des Solidarprinzips vorzusehen, Vorstellungen, die das Solidarprinzip weiter schwächen (z. B. risikoäquivalente Beiträge, generelle Beitragsrückerstattung) oder die Belastungsgerechtigkeit verschlechtern, werden abgelehnt. Die Einführung von risikoäquivalenten Beiträgen in der GKV ist ebenso abzulehnen wie auch die Beitragsrückerstattung bei Nichtanspruchnahme von Leistungen. Beides widerspricht dem für die GKV konstitutiven Solidarprinzip.

Kooperation

Maßnahmen der Prävention, gleichermaßen lebens- und arbeitsweltbezogen, verhaltens- wie verhältnisorientiert, sowie Gesundheitsförderung, die anknüpfend an die Vorstellungen der WHO über Präventionsaktivitäten hinausgeht, müssen einen höheren Stellenwert in der Gesundheitspolitik bekommen. Ihre zielgruppenspezifische Ausrichtung und ihre Koordination ist zu fördern. Tragfähige und verpflichtende Formen der Zusammenarbeit unter den Sozialleistungsträgern sind zu realisieren. Aktiv einzubeziehen ist dabei die Mobilisierung und Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, oder mit anderen Worten: die Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe. Denn die Verwirklichung der Gemeinschaftsaufgabe Gesundheitsförderung im weitesten Sinne ist ohne diese nicht zu erreichen.

Die Initiierung und Koordination der unterschiedlichen Gesundheitsförderungsangebote kann nicht dem Zufall überlassen bleiben. Hier sind staatliche Instanzen als Initiator, Koordinator und Moderator gefordert. Die richtige Ebene zur Planung und Durchführung gesundheitspolitischer Maßnahmen scheint die Region beziehungsweise Kommune zu sein. Bekannte Instrumente wie die Gesundheitsberichterstattung, ein ständiges Gesundheitsforum, Gesundheitskonferenzen usw. sollen verstärkt genutzt werden. Der „Versäulung der Sozialpolitik“ beziehungsweise dem „Zuständigkeitsdenken der Kostenträger“ würde damit eine problembezogene kontinuierliche Zusammenarbeit beteiligter Organisationen und Institutionen entgegengesetzt, bei der der Sachverstand und die Zuständigkeit der GKV einbezogen wird. Außerdem wird Wissen, Erfahrung und Kreativität Betroffener nicht nur einbezogen, sondern darauf aufgebaut.

Wettbewerb

Der Gesetzgeber hat mit Einführung des kassenartenübergreifenden bundesweiten Risikostrukturausgleichs versucht, die Wettbewerbschancen der Kassen(-arten) gleich zu gestalten.

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen beschränkt sich allerdings im wesentlichen auf den Wettbewerb der Kassen um Mitglieder. Die Anbieterseite ist nach wie vor durch Kartelle, Monopole und Abschottung gekennzeichnet. Die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungsanbietern sind unterschiedlich geregelt. Zum Teil sind die Kassen zum einheitlichen und gemeinsamen Handeln verpflichtet, zum anderen unterliegen Teilbereiche der Verträge (Vergütung) dem autonomen Handeln der Verbände einzelner Kassenarten. Den um Mitglieder konkurrierenden Kassen(-arten) stehen somit neben Gesundheitsförderung, Serviceleistungen und Imagewerbung nur wenige echte Wettbewerbsparameter zur Gestaltung der Leistungsstrukturen zur Verfügung.

Unzufriedenheit bei allen Beteiligten, Versuche, aus diesem engen Rahmen ausubrechen, sind eine Konsequenz. Angebote, diesen Konflikt dadurch aufzulösen, daß der GKV-Leistungskatalog in Grund- und Zusatzleistungen aufgeteilt und letztere als wettbewerbsrelevante Felder der GKV zur Verfügung stehen, sind weitere Konsequenzen. Dies wird jedoch vom DGB abgelehnt, da die Aufteilung in Grund- und Zusatzleistungen das Ende einer umfassenden Versorgung zu, Gesunderhaltung und Behandlung der Krankheit bedeutet. Die tragenden GKV-Strukturprinzipien Solidar-, Sachleistungs- und Bedarfsprinzip verlieren ihre Bedeutung.

Sinnvoll ist allerdings eine Diskussion darüber, ob und in welcher Form weitergehende Wettbewerbselemente geeignet sind, die gesundheitspolitischen Ziele und den sozialen Auftrag der GKV besser als bisher zu erfüllen. Zu prüfen ist in erster Linie, ob Wettbewerb geeignet ist, verkrustete, innovationshemmende und unwirtschaftliche Strukturen im Versorgungsangebot aufzubrechen und zu verändern. Die nachfolgend skizzierten Überlegungen verstehen sich als Versuch, eine erste Antwort zu geben.

Rahmenregeln nötig

Wettbewerb braucht einen Rahmen, der verbindliche Regeln und Sanktionen für alle am Wettbewerb Beteiligten enthält und der den sozialen Auftrag der GKV schützt. Von den Selbstverwaltungen vereinbarte Selbstregulierungen haben Priorität. Gelingen entsprechende Selbstverpflichtungen nicht, wäre der Gesetzgeber gefordert, einen entsprechenden Wettbewerbsrahmen zu definieren. An ihm liegt es auch, den für ein konstruktives solidarisches Wettbewerbskonzept zwingend gesetzlich festzulegenden einheitlichen Leistungskatalog zu definieren und gesetzlich zu fixieren. Gesetzlich zu regeln ist ebenfalls, welche Entscheidungen die Kassen (-arten) auch zukünftig „gemeinsam und einheitlich“ zu treffen haben. Diese könnten sich auf die medizinischen und ökonomischen Orientierungsdaten, die für die Budget-

DGB diskutiert Gesundheitswesen 2000

terierung wichtig sind, und auf die Qualitätssicherung beziehen. Aber auch Festbeträge und die Positivliste für Arzneimittel sind Entscheidungen, die auch zukünftig „gemeinsam und einheitlich“ gefällt werden sollten.

Wettbewerb kann Instrument zur Qualitätsverbesserung, Innovationsförderung und Kostensenkung sein, wenn er als Wettbewerb um qualitativ hochwertige Versorgungsalternativen verstanden wird. Wettbewerbshemmende Regulierungen müßten beseitigt oder eingeschränkt werden. Den Kassen(-arten) sollte die Möglichkeit eröffnet werden, durch differenzierte Verträge mit den Anbietern Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen zu erhöhen. Da sich dies positiv auf die Beitragssätze auswirken kann, ist davon auszugehen, daß die Kassen(-arten), um im Wettbewerb zu bestehen, mit viel Engagement und Kreativität diese neuen Wettbewerbsfelder besetzen werden.

Versorgungsformen in alternativen Angeboten

Den Versicherten könnten alternative Versorgungsformen (einschließlich Eigeneinrichtungen der Kassen) angeboten werden, zwischen denen der Versicherte sich entscheiden kann. Um den Versicherten die Entscheidung zu erleichtern und sie über Folgen aufzuklären, haben die Krankenkassen speziell dafür geschulte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bereitzustellen.

Ohne eine abschließende Aufzählung vornehmen zu wollen und ohne dem zwingend zu beachtenden Gedanken der Transparenz des Angebots Rechnung tragen zu können, sind folgende Versorgungsalternativen vorstellbar: Der Versicherte könnte die heutige Form der Versorgung wählen, die dadurch gekennzeichnet ist, daß er einen direkten Zugang zu allen Ärzten hat. Die heute übliche Art der Versorgung hat jedoch auch den bekannten Nachteil der unter Umständen stattfindenden Mehrfachuntersuchungen.

Alternativ könnte die Kasse ihren Versicherten die Versorgung mit eingeschränkter Arztwahl anbieten, das heißt der Versicherte erhält den Zugang zur medizinischen Versorgung nur über seinen Hausarzt. Dieser wäre zuständig für die Koordination der Untersuchungen und der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, sofern dies angezeigt ist. Der Zugang zum Zahnarzt könnte ebenso davon ausgenommen werden wie auch etwa die Versorgung mit Brillen. Denkbar wäre, daß der Hausarzt nicht nur die Koordination, sondern auch den „Einkauf“ weiterer Leistungen bei anderen Professionen übernimmt. Hintergrund für das Unterbreiten eines solchen Alternativangebots könnte sein, daß die Kasse davon ausgeht, daß die hausärztliche Koordination wirtschaftlicher ist und die Qualität der Versorgung erhöht.

Eine weitere denkbare Alternative könnte das Angebot einer integrierten Versorgung durch einen Anbieter sein. Der Versicherte könnte sich zeitlich befristet an eine bestimmte Versorgungskette oder Gesundheitszentrum binden, das die Gesamtpalette notwendiger Angebote der Prävention, Behandlung und Rehabilitation bereithält.

Inwieweit das Angebot unterschiedlicher Versorgungsalternativen auf der Basis eines gesetzlich festgelegten und für alle Kassen(-arten) gültigen einheitlichen Leistungskatalogs und „einheitlich und gemeinsam“ zu treffender Entscheidungen eine Differenzierung in der Beitragssatzgestaltung für Versicherte wie Arbeitgeber nach sich ziehen kann, ist insbesondere mit Blick auf die Vereinbarkeit mit dem für die GKV konstitutiven Solidarprinzip zu prüfen.

Zusammenfassung

Ausgehend von der Wandlungs- und Anpassungsfähigkeit sowie der Gültigkeit der GKV-Grundprinzipien – dem Solidar-, Bedarfs- und Sachleistungsprinzip – diskutiert der DGB die anstehende notwendige Weiterentwicklung und Modernisierung der GKV in Anknüpfung an das GSG. Vorallem sind die nach wie vor bestehenden Unwirtschaftlichkeiten und Qualitätsmängel zu beseitigen. Außerdem sollte die Gesundheitspolitik der GKV zukünftig in eine übergreifende Gesundheitspolitik eingeordnet, die flä-

chendeckende Umsetzung von Gesundheitsförderung und die Einbeziehung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfepotentialen auf den Weg gebracht werden. Kontinuität und Koordination der Behandlungskette sind ebenso zu stärken, wie auch Wahlmöglichkeiten für Versicherte/Patienten zu erweitern sind.

Den Vorstellungen von Rationierung und/oder Leistungsausgrenzung hält der DGB seine Vorstellungen eines solidarisch finanzierten, bedarfsorientierten Systems der Gesundheitssicherung und Krankheitsversorgung mit dem zentralen Element einerseits auf Kooperation ausgelegten GKV, andererseits im Wettbewerb stehenden Kassen(-arten) entgegen. Bei der auch zukünftig notwendigen Begrenzung der Ausgabenentwicklung sind Überlegungen zu einem globalen Budget mit flexiblen Unterbudgets in die Diskussion einzubeziehen. Wettbewerb sollte sich nach Vorstellung des DGB auf der Basis eines gesetzlich festgelegten und für alle Kassen(-arten) gültigen einheitlichen Leistungskatalogs und „einheitlich und gemeinsam“ zu treffender Entscheidungen auf Versorgungsalternativen, die gleichermaßen Wirtschaftlichkeit wie Qualität erhöhen, beziehen.

Bettina am Orde
DGB-Bundesvorstand
Abt. Sozialpolitik
40001 Düsseldorf

DOK 1994 S 615-618
Doku-Nr. 074 320/090.1

MORAL MIT HINTERTÜREN

Heftige Kritik löste im Frühjahr ein Entwurf der sogenannten "Bioethik-Konvention" aus, einer "Konvention zum Schutze der Menschenrechte und der Würde des Menschen in Bezug auf die Anwendung von Biologie und Medizin" (GID95). Drei Jahre lang bastelte ein achtköpfiges *Steering Committee on Bioethics (CDBI)* des *Europarats* an dem als "geheim" klassifizierten Entwurf der Bioethik-Konvention. Erst eine internationale *Initiative gegen die geplante Bioethik-Konvention* und das europäische *bioethische Netzwerk* machten auf das Papier aufmerksam. Nicht zuletzt aufgrund des öffentlichen Protestes, der sich in zahlreichen Stellungnahmen von Parteien, Instituten oder Einzelpersonen zeigte, setzte sich das CDBI Ende Juni in einer Sitzung in Straßburg zu einer neuen Beratung zusammen. Der dort verabschiedete Entwurf wurde an das *Directorate of Legal Affairs* für eine rechtssystematische Überarbeitung weitergeleitet. Seit Anfang Juli liegt nun ein offizieller "Kompromiß"-Entwurf der Öffentlichkeit vor.

Doch die kritisierten Punkte wie zum Beispiel die Forschung an behinderten Menschen (*incapacitated persons*) bei "übergeordneten Interessen", die pauschale Freigabe der Forschung an Embryonen bis zum 14. Tag oder die Weitergabe genetischer Testdaten an Bereiche außerhalb des Gesundheitswesens wurden auch in der neuen Fassung nur unwesentlich oder gar nicht verändert. Für die Europaabgeordnete der *Grünen*, Hiltrud Breyer, sind "lediglich einige kosmetische Veränderungen vorgenommen" worden.

So ist die Forschung an *In-vitro*-Embryonen, geregelt im *Artikel 15* der Bioethik-Konvention, immer noch möglich. Auch die Herstellung menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken soll denjenigen Staaten erlaubt sein, die dies wünschen. In Deutschland verbietet das Embryonenschutzgesetz bislang eine derartige Forschung. Länder, in denen Embryonenforschung erlaubt ist, müssen nur einen entsprechenden Vorbehalt zur Konvention geltend machen.

Den größten Ärger handelten sich die Mitglieder des CDBI mit dem *Artikel 6* ein. In diesem Artikel werden im ersten Entwurf "übergeordnete Interessen" als ausreichend angeführt, um biomedizinische Eingriffe ohne persönliche Zustimmung bei betroffenen "inca-

pacitated persons" zu rechtfertigen. Gemeint sind damit Personen, die aufgrund psychischer Erkrankungen, geistiger Behinderung, körperlicher Erkrankung oder Behinderung, hohen Alters oder Suchtabhängigkeit nicht einwilligungsfähig sind oder zu nichteinwilligungsfähigen Personen erklärt werden. Dieser umstrittene Artikel ist "in der bisherigen Fassung gestrichen. Er soll in späteren Beratungen in eine neue Fassung gebracht werden, die den Bedenken Rechnung trägt, die gegenüber der bisherigen Fassung vorgetragen wurden", informiert Ludger Honnefelder in einer Stellungnahme des *Instituts für Wissenschaft und Ethik* (Bonn) Mitte Juli die Öffentlichkeit. Was er zu dem Zeitpunkt noch nicht wußte: In dem nochmals überarbeiteten Entwurf des *Directorate of Legal Affairs* "tauchte der Text wieder auf", wie Michael Fuchs vom Ethik-Institut Bonn dem GID verärgert mitteilte. Zwar sei der Text kursiv und in Klammern mit dem Hinweis auf weiteren Klärungsbedarf eingefügt, doch unklar sei, ob das *Directorate of Legal Affairs* damit nicht seine Befugnisse überschritten habe. Denn der Beschluß zur Streichung des umstrittenen Artikels sei schließlich mehrheitlich vom CDBI gefaßt worden. Doch gleichgültig, wie die Rängeleien auf der Ebene des Europarats intern geregelt werden, für Erika Feyerabend vom *Genarchiv Essen* ist klar: "Die einzige Antwort auf die Konvention von BürgerInnen und Parlamenten kann nur ein schlichtes und entschiedenes 'Nein' sein. Doch es sind Vorkehrungen getroffen worden, daß dies die Konvention nicht stoppen kann. Denn die Latte ist niedrig gelegt: Damit die Konvention rechtskräftig wird, reicht es nunmehr schon, wenn fünf Staaten sie ratifizieren, von denen nur vier EU-Staaten sein müssen." Und der Europarat hat 32 Mitgliedstaaten.

Sabine Riewenherm

Der Europarat ist kein Organ der Europäischen Union und sollte nicht verwechselt werden mit dem Rat der Europäischen Union. Sitz des Europarats ist Straßburg. Er wurde 1949 gegründet und ist ein Zusammenschluß aller EU-Mitgliedstaaten, aller sieben EFTA-Staaten (europäische Freihandelszone), der osteuropäischen Staaten, Malta, Türkei, Zypern und San Marino.

BIO-ETHIK ABGELEHNT

Die umstrittene Bioethik-Konvention muß nun doch noch einmal überarbeitet werden (siehe auch *GID95+98*). Einstimmig hat die *Parlamentarische Versammlung des Europarates* auf seiner Sitzung am 5. Oktober den Entwurf für eine "Konvention zum Schutze der Menschenrechte und der Würde des Menschen in Bezug auf die Anwendung von Biologie und Medizin" abgelehnt und zurück an das *Steering Committee on Bioethics (CDBI)* überwiesen. "Der Entwurf entspricht nicht dem grundsätzlichen Ziel des Schutzes der Menschenwürde", führte der Vorsitzende des Rechtsausschusses, der Österreicher Christdemokrat Walter Schwimmer, an. Die eindeutige Ablehnung durch die Vertreter der 32 Mitgliedsstaaten kam überraschend, vielmehr wurde zuvor damit gerechnet, daß die Parlamentarische Versammlung den Konventionsentwurf annehmen werde, da kritische Stimmen zu dem Konventionsentwurf bisher fast nur aus Deutschland zu hören waren. Die deutschen Vertreter bewerteten die Ablehnung dann auch als Erfolg.

Bei der Debatte in der Straßburger Versammlung standen insbesondere zwei Punkte im Kreuzfeuer der Kritik: Die meisten Redner lehnten sowohl die Forschung mit Embryonen bis zum 14. Tag nach der Befruchtung als auch medizinische Experimente an entscheidungsunfähigen Personen ab. Für Behinderte wäre damit eine Ausnahmeregelung von dem unter anderem im Nürnberger Kodex festgelegten Grundsatz, daß an einer Person keine medizinischen Eingriffe ohne ihre ausdrückliche Einwilligung vorgenommen werden darf, geschaffen worden.

Auf Ablehnung stieß insbesondere die vom Konventionsentwurf vorgesehene Möglichkeit, bei Behinderten, Alten und Kindern auch "nicht nutzbringende Eingriffe" oder "Eingriffe mit keinem individuellen Nutzen" zuzulassen. Nichteinwilligungsfähige Personen wären damit zum fast freiverfügbaren Experimentiergut der Mediziner geworden. Für den stellvertretenden Leiter der deutschen Delegation, den SPD-Bundestagsabgeordneten Robert Antretter, wäre damit auch "der Weg zu risikobehafteten Eingriffen an behinderten Menschen frei gemacht". Antretter erinnerte in seinem Redebeitrag an die Menschenwürde, die nicht mit "irgendwelchen Qualifikationen, wie zum Beispiel

gesund oder krank, wahrnehmungsfähig oder entscheidungsunfähig verbunden" sein dürfe.

Babylonischer Größenwahn

Zurückzuführen ist die Bioethik-Konvention auf einen Beschluß der Parlamentarischen Versammlung. Diese hatte 1987 dem Lenkungsausschuß, bestehend aus etwa 80 Vertretern der Mitgliedsstaaten, mit der Ausarbeitung der Ethik-Richtlinie beauftragt. Der Entwurf wurde dann in einem achtköpfigen Redaktionskomitee verfaßt. Über drei Jahre traf man sich dort hinter verschlossenen Türen. Erst im Mai wurde der als vertraulich gekennzeichnete Konventionsentwurf gegen den Willen der Verfasser an die Öffentlichkeit gebracht. PolitikerInnen, kirchliche Gremien, Selbsthilfegruppen und zahlreiche Einzelpersonen verurteilten das Papier und forderten die Zurücknahme des Entwurfes.

In einem offenen Brief an die Mitglieder der Parlamentarischen Versammlung forderte die Grüne Europaabgeordnete Hiltrud Breyer diese auf, "dem Entwurf ihre Zustimmung zu verweigern." Für Breyer ist "der Entwurf der Bioethik-Konvention ein anschauliches Beispiel dafür, wie 'Bioethik' lediglich als Legitimationswissenschaft für die Anwendung neuer Technologien konstruiert wird und die Akzeptanz der Bevölkerung für diese Technologien verbreitem soll." In einer Resolution warnten die 1.400 Teilnehmer des *XIV. Weltkongresses für soziale Psychiatrie* vor "dem babylonisch anmutenden Größenwahn der neuen Biomedizin: Die 'incapacitated persons' drohen die ersten zukünftigen Opfer des ungezügelt fortschrittsglaubens der Biomedizin zu werden und der damit verbundenen wirtschaftlichen Interessen". Selbst der Vorsitzende der *Deutschen Bischofskonferenz*, Bischof Karl Lehmann, der sich vor zwei Jahren als geistlicher Fürsprecher in die Pro-Gentech-Kampagne des *Verbandes der chemischen Industrie* einspannen ließ, sprach von einem "verhängnisvollen Weg". Die Konvention "bedarf daher dringend einer grundlegenden Überprüfung und einer sorgfältigen Korrektur", heißt es in seiner Stellungnahme.

Wolfgang Lühr

BHOPAL MAHNT: STOPPT DIE CHEMIEGEFAHREN BEI BAYER!

3.12.1984/3.12.1994 - 10 Jahre Chemiekatastrophe in Bhopal

Am 3. Dezember 1984 fand in Bhopal/Indien die größte Chemiekatastrophe in der bisherigen Geschichte der Menschheit statt. Innerhalb weniger Stunden kamen ca. 2'000 Menschen ums Leben, mehr als eine halbe Million Menschen wurden gesundheitlich geschädigt. Noch heute, 10 Jahre nach der Katastrophe, sterben täglich Bhopal-Opfer an den Folgen dieses Chemie-Desasters. Mittlerweile mußten rund 10'000 Menschen ihr Leben lassen.

Dabei war Bhopal noch ein "Glücksfall", soweit dieses Wort überhaupt in diesem Zusammenhang zulässig ist. Die Chemiefabrik von Union Carbide in Bhopal lag inmitten eines dünnbesiedelten Gebietes, der Auslöser war "nur" eine kleine Leckage, Bhopal selbst ist eine Kleinstadt, die nächste größere Stadt liegt mehrere hundert Kilometer entfernt.

BAYER spielte in Bhopal infame Rolle

Im Zusammenhang mit Bhopal hat BAYER eine besonders infame Rolle gespielt. Aufgrund seiner viele Jahrzehnte andauernden chemischen Kampfstoffproduktion besitzt BAYER das nach Expertenmeinung weltweit größte Fachwissen über die Wirkungsweisen chemischer Stoffe auf den menschlichen Körper. Nach Meinung des Münchner Toxikologen Prof. Max Dauderer war es sogar so, daß zum Zeitpunkt des Unglücks ausschließlich bei BAYER umfassendes Material über die humanbiologische Wirkung des Bhopal-Giftes METHYLISOCYANAT vorhanden war.

Entsprechend wurde BAYER mehrfach eindringlich aufgefordert, sein Wissen zur Verfügung zu stellen und so in Bhopal Menschenleben zu retten. Doch der Konzern öffnete die Tresore seiner Forschungslabore nicht. Stattdessen nutzte BAYER Bhopal als "Feldstudie". BAYER-Experten wurden in Bhopal gesichtet, wie sie die Opfer zählten und fein-säuberlich statistische Listen führten.

Millionen Menschen in Gefahr

Eine dem Bhopal-Desaster vergleichbare oder gar noch größere Katastrophe ist auch bei BAYER möglich. Es kann auch jederzeit aufgrund von Naturkatastrophen, Krieg oder Technikversagen zu einem "Größten annehmbaren Unfall" (GAU) kommen. In

Amsterdam/NL stürzte vergangenes Jahr ein Jumbo in ein Wohngebiet und in Remscheid/D raste vor wenigen Jahren ein Militärjäger in ein Stadtviertel. Nicht auszudenken, wenn ein BAYER-Werk von solch einem Unfall getroffen würde. Das Werk Leverkusen/D mit ca. 25'000 Beschäftigten wird z.B. immer wieder von großen Verkehrsflugzeugen überflogen; das weithin sichtbare BAYER-Kreuz des Werkes Dormagen/D mit ca. 8'000 Beschäftigten dient immer wieder als (verbotenes) Anflugziel für Militärmaschinen.

Würde eine dem Bhopal-Desaster vergleichbare oder gar noch größere Katastrophe in einem dieser Werke stattfinden, die zu beklagenden Opfer könnten rasch die Millionenschwelle überschreiten, die Zahl der Todesopfer nach Hundertausenden zählen.

BAYER verharmlost Risiken

Das internationale Selbsthilfe-Netzwerk der *Coordination gegen BAYER-Gefahren* arbeitet seit 15 Jahren. BAYER unterhält Produktionsanlagen bzw. Niederlassungen in allen Ländern der Erde.

BAYER hat wohlweislich keine "Hochrechnungen" der Bhopal-Katastrophe für seine Werke in aller Welt veröffentlicht. Obwohl anzunehmen ist, daß entsprechende Vergleiche in den "Sicherheits"stäben sehr wohl angestellt wurden.

Für großchemische Produktionsstätten wie die BAYER-Werke gibt es keine absolute Sicherheit. Im Gegenteil, die tatsächlichen Risiken sind nicht bekannt, werden verheimlicht und verharmlost. Chemische Anlagen stellen ein chemisches Pulverfaß dar. Mit einem Sprengsatz, gemischt aus zehntausenden von Chemikalien, biologischen Stoffen und neuerdings auch gentechnisch verändertem Material. Diese Anlagen stellen ein nur mit Atomkraftwerken vergleichbares Sicherheitsrisiko für Mensch und Umwelt dar.

Wir rufen deshalb auf:

- * Macht den 10. Jahrestag der Chemie-Katastrophe von Bhopal zu einem Tag der Solidarität mit den Opfern Bhopals!
- * Rückt im Zusammenhang mit diesem Jahrestag

das alltägliche Risiko chemischer (Groß-) Produktion den Blickpunkt der Öffentlichkeit!

- * Entlarvt die einzig den Profiten der Chemie-Industrie verpflichtete "Sicherheits"-Ideologie der Konzernherren.
- * Fordert tatsächliche Sicherheit für Beschäftigte, VerbraucherInnen, AnwohnerInnen und die Umwelt.
- * Beteiligt Euch an den Aktionen, unterzeichnet und verbreitet diesen Aufruf.

Wir fordern:

- * **Glasnost jetzt!** Offenlegung aller Produktionen in allen BAYER-Werken weltweit.
- * **Sofortige Stilllegung** aller gefährlichen Produktionsanlagen inmitten dichtbesiedelter Wohngebiete.
- * **Sichere Produktion und sichere Produkte.** Sicheren Transport und sichere Lagerung.
- * **Sicherheit für Beschäftigte, VerbraucherInnen, AnwohnerInnen und die Umwelt.**


Wir fordern ausdrücklich dazu auf, ähnliche Initiativen auch bei anderen Chemie-Werken in aller Welt zu starten. BAYER ist als weltweit einer der größten und mächtigsten Chemie-Konzerne nur ein Beispiel.

E r s t u n t e r z e i c h n e r i n n e n (Stand: 25.08.94)

Friedrich, Uwe/Bonn/Stadtplaner * Köhler-Schnura, Axel/Düsseldorf/Dipl. Kfm. * Ostendorf, Hubert/Düsseldorf/Journalist * Pletzer, Marc/Bonn/Journalist * Schnura, Christiane/Düsseldorf/Dipl. Soz. Päd. * Willms, Melanie/Verlagskauffrau/Mönchengladbach

Coordination gegen BAYER-Gefahren/Düsseldorf

Bund Umwelt und Naturschutz NW/Ratingen

 V.i.S.d.P.: Coordination gegen BAYER-Gefahren e.V., Axel Köhler-Schnura, Postfach 15 04 18, D-40231 Düsseldorf, Fon 0211 - 33 39 11, Fax 0211 - 33 39 40

// **JA**, ich/wir unterstützen den Aufruf "Bhopal mahnt - Stoppt die Chemie-Gefahren bei BAYER!"
 Einzelpersonen fügen diesem Coupon bitte mind. DM 20,- bei, Gruppen/Organisationen bitte mind. DM 100,-. Bitte Geld als Scheck beilegen.
 Weitere Spenden zur Finanzierung der Aktionen sind ausdrücklich erbeten.
 Konto 37 83 83 439, Postbank Essen, BLZ 360 100 43, Stichwort "Bhopal"

// Ich/wir bestellen hiermit:
 Sätze des Aufrufs/je Satz (20 Aufrufe) DM 2,-
 Sätze Plakate A0/je Satz (10 Plakate) DM 10,-

..... Sätze Broschüren "Bhopal mahnt: Stoppt die Chemie-Gefahren bei BAYER!" je Satz (5 Expl.) DM 10,-
 Sätze Aufkleber/je Satz (5 Aufkleber) DM 3,-
 Bitte unbedingt Scheck beilegen zuzüglich DM 8,- für Porto/Verpackung

// **JA**, ich/wir haben Interesse an der Fachtagung "Bhopal mahnt: Stoppt die Chemiegefahren bei BAYER!", 25. - 27. November 1994

// **JA**, ich besitze BAYER-Aktien und möchte über die Protest-Möglichkeiten zur BAYER-Aktionärshauptversammlung informiert werden.

Name

Vorname

Anschrift

.....

Fon

Fax

Datum/Unterschrift/Stempel

TAZ

Samstag, 3. Dezember 1994

■ Nebenverdienst für Apotheker

Profite auf Rezept

London (taz) – Was der Queen recht ist, ist den britischen ApothekerInnen billig. Sie zweigen wahrscheinlich Millionen Steuergelder in ihre eigenen Taschen ab, deutet der Rechnungshof des Unterhauses in einem Bericht an, der vorgestern veröffentlicht worden ist. Darin heißt es, daß es zwei Wege gibt, um das Gesundheitsministerium übers Ohr zu hauen: Da bei 54 Prozent aller ärztlichen Ver-

schreibungen die Rezeptgebühr höher ist als der Preis des Medikaments, könnte der Apotheker in Versuchung geraten, das Rezept einfach verschwinden zu lassen. Der Rechnungshof gibt ein Beispiel: Eine Packung Schlaftabletten der Marke Nitrazepam kostet 1,64 Pfund. Nach Abzug der Steuern bleiben dem Apotheker 98 Pence. Reicht er das Rezept jedoch gar nicht zur Erstattung ein, kann er die Rezeptgebühr in Höhe von 4,75 Pfund behalten. Ein besonders geldgieriger Apotheker kann sogar beides kassieren, indem er dem Kunden zwar die Rezeptgebühr abnimmt, aber nachträglich auf dem Rezept ankreuzt, daß dieser von der Gebühr befreit ist.

Nach dem bisherigen Verfahren wäre es für das Gesundheitsministerium viel zu aufwendig, das zu kontrollieren. Gesundheitsministerin Virginia Bottomley – das Anagramm ihres Namens lautet: „I'm an evil Tory bigot“ – hat auf dem Parteitag im Oktober Änderungen angekündigt.

Der Rechnungshof betont, daß die meisten Menschen, die im nationalen Gesundheitsdienst arbeiten, ehrlich seien. Gleichzeitig gab die Kommission jedoch das Ergebnis einer Studie aus zwei nicht genannten Städten bekannt. Demnach reichen private Apotheken nur halb so viele Rezepte zur Abrechnung ein wie die Apothekenketten, bei denen Angestellte an der Kasse sitzen. Merkwürdig.

Ralf Sotscheck

Minen in Ruanda wie auch anderswo

Christenland Ruanda. Schauplatz internationaler Entwicklungsbemühungen, Musterland christlicher Bekehrung. 62% aller Ruander glauben an den lieben Gott.

Noch vor Ausbruch der Massaker stellt eine UN-Studie fest: mindestens 80.000 Minen verlegt. Typen und Herkunftsländer:

▪ ägyptische MAT 79 Mine ▪ italienische VS Mk2 Mine, VS 50 Mine ▪ russische PMN, POMZ-2 Mine ▪ vermutlich Verwicklungen der französischen Waffenindustrie, die die Hutu unterstützten.

Nach Abzug der Katastrophenheifer, nach Ende der Massaker mit Buschmessern nun die christliche Variante. Ausgeheckt in den Entwicklungsländern aufgeklärter Europäer, in Frankreich, Norditalien und Rußland.

Zusammen mit der englischen Mines Advisory Group startet **medico international** Minenaufklärungsprogramme, Kennzeichnung von Minenfeldern, später dann auch Minenräumung. Damit die Rückkehr der Flüchtlinge nicht schlimmer wird als die Flucht.

Spenden Sie bitte unter dem Stichwort »Minenopfer«.

1800 Frankfurter Sparkasse (BLZ 500 502 01)
6999-508 Postbank Köln (BLZ 370 100 50)

medico

international

Obermainanlage 71D-60314 Frankfurt/Tel. 069/94438-0

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg
Siehe Bayern

Bayern
Michaela Raasch
Birkenweg 14
85551 Kirchheim
Tel.: 089/347400

Berlin
Dr. Regine Schumann
Zimmermannstr. 17
12163 Berlin
Tel.: 030/792851

Brandenburg
Peter Rhiemeier
Linden-Apotheke
Brandenburger Straße 158
14542 Werder/Havel
Tel.: 03327/40593

Bremen
Jutta Frommeyer
Igel Apotheke
Schwaneweder Straße 21
28779 Bremen
Tel.: 0421/605054

Hamburg
Gudrun Likus
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
20144 Hamburg
Tel.: 040/458768

Hessen
Franz Kirchner
Antoniterstr. 5
65929 Frankfurt-Hoechst
Tel.: 069/319545

Mecklenburg-Vorpommern
siehe Hamburg

Niedersachsen
Gabi Beisswanger
Hohnsen 32
31134 Hildesheim
Tel.: 05121/877405

Nordrhein-Westfalen
Volker Kluy
Wilhelm-Tell-Straße 13
40219 Düsseldorf
Tel.: 0211/3114172
0211/394256 (priv.)

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen

Saarland
Edith Arweiler
Bernhardstraße 19
66763 Dillingen/Saar
Tel.: 06831/73463

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Sachsen
Dr. Christina Kasek
Kantstraße 12
04275 Leipzig

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen